UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 55

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DU PÉDICULE

DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1914

PAR

Paul CABANES

Né à Borines (Var), le 17 décembre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, prof.-adj., *Président.*
VIRES, professeur.
P. DELMAS, agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DU PÉDICULE

DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 55

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DU PÉDICULE

DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juin 1914

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

PAR

Paul CABANES

Né à Borines (Var), le 17 décembre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, prof.-adj., *Président.*
VIRES, professeur.
P. DELMAS, agrégé. } *Assesseurs.*
ETIENNE, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✻). . . . . DOYEN
SARDA. . . . . ASSESSEUR
IZARD . . . . . SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale	MM.	TEDENAT (✻).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.		MAIRET (✻)
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✻)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O. ✻).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP
Anatomie		GILIS (✻).
Clinique chirurgicale infantile et orthop.		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✻).
Pathologie et thérapeutique générales		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale		RAUZIER (✻).
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.
Anatomie pathologique		N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Prof. hon.: MM. E. BERTIN-SANS (✻), HAMELIN (✻), GRASSET (O ✻)
Secrétaire honoraire : M. GOT

Chargés des Cours Complémentaires

Clinique gynécologique	MM.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements		PUECH, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, prof. adj.
Pathologie externe		LAPEYRE, a. l. (ch. de c.)
Clinique des malad. des voies urinaires		JEANBRAU, a. l. (ch de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutan.		VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, a. l. (c. c.)
Clinique annexe des mal. des vieillards		EUZIERE, agrégé.
Accouchements		P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. RICHE	MM. J. DELMAS
GRYNFELTT	CABANNES	RIMBAUD
LAGRIFFOUL	DERRIEN	ROGER
LEENHARDT	P. DELMAS	ETIENNE
GAUSSEL	MASSABUAU	LISBONNE
	EUZIÈRE	MARQUÈS ch. d. f.

Examinateurs de la Thèse

MM. DE ROUVILLE, *prof.*, *présid.* | MM. DELMAS, *agrégé.*
VIRES, *professeur.* | ETIENNE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE VÉNÉRÉE

A MON PÈRE

P. CABANES.

A MES PARENTS

A MES AMIS

P. CABANES.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

P. DELMAS ET ETIENNE

P. CABANES.

CONTRIBUTION À L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DU PÉDICULE

DANS LES KYSTES DE L'OVAIRE

HISTORIQUE

Avant de retracer l'historique de la question de la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, nous croyons bon d'en donner une définition.

Nous demanderons cette définition à M. le professeur Estor: « La torsion du pédicule de l'ovaire est caractérisée: au point de vue anatomo-pathologique par la torsion en spirale du pédicule du kyste; torsion qui détermine secondairement des phénomènes de congestion passive et d'asphyxie locale intéressant le kyste lui-même et détruisant son parenchyme; au point de vue clinique par des symptômes de collapsus résultant des hémorragies intra-kystiques ainsi que de l'intensité de la douleur; collapsus bientôt suivi de réaction péritonéale (péritonisme ou péritonite) ».

Le premier travail en date que l'on retrouve est celui de Rokitansky, puis ce sont les ouvrages de Lawson-Tait et

de Spencer Wells, les travaux de Olshaunen, de Thomson, la revue très détaillée publiée par Terrillon en 1887. De nombreuses thèses de Paris et de Lyon avec des observations nombreuses; à toutes citées dans la revue générale que M. le professeur Estor publia sur cette question en 1904, revue qui nous fut d'un si grand concours dans notre travail; nous ajouterons les thèses de Lérivrain, Paris 1903; Niot, Paris 1901. Les publications de Daniel 1905, et les rapports de MM. Puech et Vanverts, Congrès de Lille, 1913, et de Psaltoff, de Smyrne, au Congrès de Budapest, 1909.

De tous ces ouvrages parcourus, de toute cette littérature médicale, que nous avons fouillée, il résulte que la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire est assez fréquente. Le mécanisme, malgré l'explication donnée par certains, nous échappe encore, nous insisterons surtout sur les symptômes cliniques et sur le diagnostic. Nous insisterons sur ces points afin de remédier par un traitement rapide aux accidents que peut faire naître la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, une fois le diagnostic posé.

CHAPITRE PREMIER

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

On a invoqué plusieurs causes pour la production de la torsion du kyste. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que la torsion du pédicule est plus fréquente qu'on ne le croit. Aujourd'hui que l'on pratique beaucoup plus d'ovariotomies, de laparotomies, on a pu constater que souvent l'on trouvait des kystes à pédicule tordu. Leur torsion est incomplète ou complète. Quand la torsion est légère on peut songer à une régression possible, le plus souvent, au contraire, après une torsion légère, surviennent de nouveaux symptômes plus douloureux que les premiers et la torsion s'accentue.

Rokitansky donne comme moyenne 13,8 0/0 comme pourcentage de la fréquence de cette complication des kystes de l'ovaire. Terrillon donne lui la moyenne de 6 à 7 0/0. Puech et Vanverts, l'année dernière au Congrès de Lille, nous signalent que « la torsion du pédicule s'observe dans une porportion de 17 0/0 supérieure à celle qui est notée en dehors de la grossesse, 5 à 4 0/0 ».

Toutefois la torsion et la suppuration des kystes, seraient d'après ces mêmes auteurs des complications plus

fréquentes, et on observerait chacune d'elles dans une proportion de 40 0/0; alors que la rupture du kyste, complication que l'on croyait fréquente ne s'observerait, elle, que dans un nombre de cas tout à fait restreint. La rupture n'aurait en effet été notée que dans 11 observations.

En dehors de cette fréquence que nous signalons, on a invoqué des causes nombreuses; la grossesse au premier abord, il semble bien que la grossesse ait parfois une influence sur la torsion du pédicule; pourtant comme nous le mentionnons plus haut, la torsion serait d'après Puech et Vanverts, moins fréquente qu'en dehors de la gestation. Nous avons vu également dans les observations publiées par le docteur Garni, de Lorenço-Marquez, qu'une des deux malades était célibataire et vierge, l'autre également était une jeune fille, et pourtant dans ces deux observations, on trouva deux kystes de l'ovaire à pédicules tordus; la torsion était bilatérale. Pour cet auteur, la moyenne de la torsion existerait dans 30 0/0 des kystes de l'ovaire.

On a invoqué aussi les grossesses répétées, dans l'observation que nous publions, due à l'obligeance de notre maître, le professeur de Rouville, la malade avait eu trois accouchements antérieurs, mais les crises douloureuses ont débuté cinq mois après le dernier accouchement. Enfin comme nous l'avons retrouvé noté chez les grandes multipares, les cas de torsion seraient moins fréquents que chez les primipares ou les nullipares.

On a encore invoqué la longueur du pédicule, ainsi ce sont là les opinions de Pozzi, Moultz, Mouthon, Aubry. On a constaté également des cas de torsion avec des kystes à pédicules très courts et gros.

Le poids de la tumeur et son volume paraissent donner une étiologie qui nous satisferait mieux. Il résulterait, en effet, des constatations des auteurs que les kystes dermoï-

des sont plus lourds que les kystes mucoïdes. C'est là l'opinion de Pozzi : « Les kystes dermoïdes, a-t-il écrit, à propos de la torsion du pédicule, y sont plus spécialement sujets, pour peu qu'ils soient mobiles, à cause de leur poids considérable ». Cette opinion de Pozzi est confirmée par tous ceux qui se sont occupés de la question Olshausen et d'autres) et semble bien admise à l'heure actuelle.

Le volume de la tumeur aurait également une influence sur sa torsion. D'après Freund la torsion du pédicule résulterait même du développement de la tumeur; au moment où le kyste cesse d'être pelvien et devient abdominal, il se produit alors une première torsion de 90°. Si la torsion augmente, devient de 180° et plus, il y a alors des accidents. Le sens de la torsion serait variable, on a bien essayé de formuler des lois pour les kystes droits et gauches, mais ces lois n'ont à l'heure actuelle rien d'absolu. L'explication de Freund nous paraît très rationnelle et acceptable. Le mécanisme qu'il indique paraît être celui qui occasionnerait la torsion du pédicule pendant et après la grossesse; à ce moment en effet l'utérus gravide, en gagnant la cavité abdominale et en ascensionnant, entraînerait avec lui les annexes, et à ce moment-là ou au moment de la régresison utérine qui suit l'accouchement, le kyste qui existait, basculerait et se tordrait. La torsion aurait lieu suivant qu'elle est plus ou moins accentuée avec des retentissements plus ou moins douloureux que nous retrouverons quand nous étudierons la symptomatalogie, parfois même sans douleur. Williams, en effet, admet que la torsion du pédicule serait trois fois plus fréquente pendant l'accouchement qu'en dehors de la gestation.

On invoque encore et nous ne ferons que mentionner ces causes, les ébranlements de l'abdomen résultant des changements d'attitude, de mouvements brusques, spontanés

ou provoqués. C'est ainsi qu'on a accusé l'exploration de la tumeur mobile, l'exploration médicale de l'abdomen, un effort musculaire, une grande fatigue, le surmenage. Ces deux dernières causes paraissent avoir une valeur après les cas de Besson et de Gangolphe, Voituriez, Thomas Wilson.

On a encore parlé de l'arrêt de la menstruation par le froid et de la ponction du kyste. Il semble évident que les organes abdominaux et pelviens, comme le dit Estor, dans sa revue générale, étant solidaires, les modifications brusques de l'un quelconque de ces organes pourront produire un retentissement sur les autres et provoquer ainsi des torsions sur un kyste de l'ovaire ponctionné ou non qui sera en état d'équilibre instable dans la cavité abdominale. Une nouvelle théorie, émise par Jolly expliquerait le mécanisme de la torsion du pédicule. Il y aurait stase veineuse, cette stase, en produisant une dilatation des veines du pédicule entraînerait petit à petit la torsion des artères, du fait de leur constitution histologique moins élastiques, et ainsi se produirait la torsion du pédicule. Cette théorie séduisante au premier abord et ingénieuse, ne nous paraît pas encore cependant expliquer d'une façon rationnelle tous les cas de torsion que nous connaissons.

En somme si pour certains kystes on peut trouver une pathogénie rationnelle, on ne peut encore expliquer tous les cas de torsion; les causes en sont nombreuses, si nombreuses que parfois elles nous échappent et malgré l'esprit éveillé d'un clinicien averti on ne découvre la torsion du pédicule qu'en faisant des laparotomies pour appendicite, pyosalpinx haut situés, occlusion intestinale ou autre cause d'origine intestinale ou péritonéale.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous nous bornerons à signaler les lésions qu'ont constatées la plupart des auteurs. Le pédicule du kyste peut être long et grêle, court et gros, long et gros. Il peut comprendre le ligament large, le ligament de l'ovaire, quelquefois même l'utérus, Lorsque le pédicule se tord, la torsion peut modifier sa constitution, entraîner les modifications des organes qui constituent le pédicule. Sa couleur peut être très variée, il peut être gonflé, œdémateux, les veines peuvent être dilatées, puisque nous avons signalé dans l'étiologie, comme cause possible de torsion, la dilatation exagérée des veines du pédicule. Enfin, le pédicule peut être mortifié, se rompre, et nous avons connaissance d'un cas publié par Chalot où le pédicule se rompit; il se forma un nouveau pédicule qui se tordit à nouveau et exposa ainsi la malade à de nouveaux accidents. Le nombre de tours de spires peut être variable. On a même indiqué une relation entre le nombre de tours de spires du pédicule et le nombre de crises. Cette relation ne nous paraît pas fondée. On a vu des malades n'avoir un pédicule plusieurs fois tordu; d'autrefois, l'inverse se

produit et on opère des malades ayant eu plusieurs crises dont le pédicule était tordu à peine une fois.

La paroi du kyste peut être aussi modifiée, mince ou épaissie et de couleur plus ou moins foncée, depuis la teinte lie de vin, jusqu'à la teinte brune, chocolat. Ainsi dans l'observation que nous publions, la paroi du kyste était brunâtre, foncée, mais elle était également épaisse. On comprend que la paroi puisse avoir toutes ces différentes teintes, par suite de tous les troubles circulatoires qu'entraîne la torsion du pédicule. En général, la paroi comme le pédicule lui-même est plus ou moins mortifiée, avec infiltration sanguine, eschares même, et quelquefois aussi perforation, quoique cela soit plus rare.

Le contenu du kyste est variable, comme la nature elle-même du kyste, mais le liquide kystique est toujours accompagné de liquide sanguin, dans des proportions variables, soit du sang pur, soit du liquide hématique à peine teinté, soit du sang noirâtre, avec ou sans caillots, couleur noir de café. Si nous compulsons toutes les observations, nous retrouverons toutes les teintes que peut donner la présence de liquide sanguin. Dans le cas que nous publions, le contenu de la poche kystique était ématique pas trop noirâtre.

Il peut y avoir enfin des adhérences contractées par le kyste tordu ou son pédicule, avec les organes voisins. Nous avons déjà cité le cas de Chalot où le nouveau pédicule, constitué par de l'épiploon s'était tordu à nouveau.

D'après Aubry, la gravité des accidents résulterait du degré de la torsion du pédicule. Nous ne le pensons pas, car nous avons connaissance de cas où avec un demi-tour de spire seulement, on avait constaté du sphacèle, avec un tour et demi, rupture du pédicule, alors qu'avec trois ou quatre tours de spire les accidents étaient moins graves.

Nous noterons également la possibilité de lésions péritonéales, puisque on a pu constater la présence d'ascite, et que nous avons trouvé dans des observations de torsion pédiculaire des accidents de péritonite et péritonisme, voire même de véritables péritonites septiques. Enfin, comme nous le discuterons plus loin, on peut avoir avec des kystes tordus; de la dilatation gastrique, de l'obstruction intestinale (de Bovis), de la néphrite (Bröse), de l'atrophie jaune aiguë du foie, constatée chez un malade de Stockes à l'autopsie.

Avant de terminer ce chapitre, nous ajouterons qu'il semblerait résulter de nos recherches et des constatations antérieures que les kystes tordus siègeraient le plus souvent à droite, d'où la facilité d'erreur de diagnostic que l'on commet, erreur de diagnostic avec l'appendicite. Nous citerons les cas possibles de torsion bilatérale, et dans ce cas-là, d'après ce que note Garni, il semblerait résulter de la localisation des crises douloureuses, que la torsion aurait toujours commencé à droite, les crises secondaires ayant lieu à gauche et la tumeur étant toujours moins volumineuse à gauche qu'à droite.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE

Ce qui caractérise la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, c'est avant toute chose la crise douloureuse. La malade ignore son kyste ou en a connaissance, assez souvent le kyste serait ignoré. Chez ces femmes subitement survient une douleur abdominale violente, ressemblant à une crise d'appendicite.

Le début est toujours brusque, violent, sans cause apparente ; la nuit en dormant quelquefois, la malade éprouve une sensation de déchirure, de brûlure, de rupture, comme dans le cas que nous publions ; le plus souvent dans le flanc droit, comme nous l'avons indiqué, la prédominance des tumeurs ayant lieu à droite. Ces douleurs violentes s'irradient dans les lombes, dans les cuisses, dans l'autre côté de l'abdomen. Ces douleurs violentes durent ainsi, très vives, de quelques heures à un jour et plus. Dans quelques cas plusieurs semaines, 2 heures dans notre observation, 12 heures, un jour, dans les cas de Garni.

Cette douleur, très intense, s'accompagne souvent de pâleur de la face, de sueurs froides, le pouls est alors petit, la température quelquefois au-dessous de la normale,

s'élève bientôt au-dessus de 37° 5. La malade se plaint, gémit, et bientôt apparaissent des nausées, des vomissements, accompagnés le plus généralement d'une constipation assez opiniâtre.

En un mot crise violente, ressemblant au début à une crise d'appendicite, de coliques hépatiques ou néphrétiques.

Puis les douleurs diminuent un peu d'intensité, mais le ventre reste généralement tendu, ballonné, avec de la défense musculaire, et la malade accuse une sensation de lourdeur, de pesanteur dans la région où la douleur était vive.

Lorsque la malade connaît son kyste, elle a la sensation d'un déplacement au moment où commence la crise. Ainsi dans une observation de Baron, comme le fait remarquer également Estor dans sa revue générale de la question, la malade avait connaissance de son kyste, qui était très mobile. Elle eut une crise douloureuse, et après la rémission, plus ou moins passagère qui accompagne chaque crise douloureuse, elle constata que sa tumeur mobile, autrefois, était fixée très nettement dans la fosse iliaque.

Quelquefois, après la crise, l'hyperthermie s'installe, due, semble-t-il, soit à des phénomènes d'infection, de résorption sanguine, ou d'auto-intoxication. D'autres fois, au contraire, due à du péritonisme ou de la péritonite, si les premiers symptômes s'aggravent et si la discordance entre le pouls et la température s'accentue.

Chez certaines femmes, soit au moment de la ménopause, soit au moment de la menstruation, on peut constater une hémorragie plus ou moins violente, comme dans notre observation, suivie d'une rémission passagère et trompeuse.

L'intensité de la crise varie quelquefois ; après une pre-

mière crise très douloureuse, très violente, surviennent d'autres crises moins fortes, diminuent petit à petit d'intensité, au fur et à mesure de leur production, sans toutefois amener une amélioration de l'état général de la malade. D'autres fois, au contraire, la première crise est suivie de crises de plus en plus violentes et rapprochées, pouvant aboutir à des réactions péritonéales violentes, à la mort même. Dans quelques cas encore, la crise violente d'emblée, peut emporter la malade dès la première poussée douloureuse.

La rémission parfaite et intégrale est l'exception. Généralement, les malades, après un repos de quelques jours, reprennent leurs occupations, mais elles le font avec peine; elles souffrent, elles éprouvent une sensation de tension, de pesanteur dans la partie de l'abdomen où a lieu la première crise, et elles sont obligées d'interrompre à nouveau tout travail.

Certaines, cependant, peuvent se croire guéries, jusqu'au moment où surviendra une crise identique à la première, d'intensité cependant plus ou moins forte, suivant le cas. C'est alors à ce moment-là, après une seconde crise, que le médecin pensera plus volontiers à une crise de torsion, à moins que la localisation précise de la douleur dans la fosse iliaque droite, la réaction péritonéale qui l'accompagne, suppression des mictions, de la défécation, ne fassent le plus souvent songer à de l'appendicite.

D'autres malades, au contraire, comme dans notre cas, ne se remettent jamais, ne peuvent reprendre leurs occupations, leur faciès devient pâle, terreux, l'état général est mauvais. Le pouls est rapide, 100 à 110 pulsations, pas de température, mais anorexie, asthénie complètes. Les malades perdent du poids et dépérissent; elles se cachectisent en un mot.

En présence de la crise elle-même, violente, insidieuse, en présence de ces variétés cliniques, que nous avons essayé d'esquisser, le médecin devra se rendre compte de tous les détails que peut lui révéler un examen complet, approfondi. Il devra pratiquer le toucher vaginal, rectal, palper soigneusement la malade, faire le palper bi-manuel.

Au moment de la crise, le palper est parfois difficile, impossible, le ventre étant tendu, ballonné. Par le toucher vaginal, on peut parfois sentir dans les culs-de-sac une tumeur plus ou moins mobile, fluctuante parfois, On peut sentir une tumeur douloureuse, quand on arrive sur elle. Cette tumeur doit éveiller nos soupçons, si elle était ignorée avant. Si, au contraire, elle était connue; avec J.-L. Faure, nous penserons qu'en présence d'un kyste connu, d'une douleur subite, suivie ou non d'accidents péritonéaux, il nous faudra toujours penser à la torsion. Et nous devons y penser encore plus, si avec notre toucher vaginal, nous avons senti une tumeur tendue et immobilisée, alors qu'auparavant elle nous était apparue mobile.

En dehors des crises, l'examen de la malade nous fournira plus de renseignements. Après la crise, comme dans notre cas où le kyste avait toujours été ignoré, on pourra voir le ventre grossir, augmenter petit à petit de volume, tout en pouvant redevenir souple. Nous pourrons constater, comme chez nous, une légère voussure siégeant dans l'une des deux fosses iliaques, si le kyste a un volume un peu appréciable. Pensons alors à la crise douloureuse antérieure. Palpons soigneusement, nous retrouverons presque toujours une zone de sensibilité exquise. Au toucher vaginal et rectal, nous pourrons trouver une tumeur plus ou moins douloureuse, tendue ou non, quoi qu'il faille le reconnaître, la tumeur soit parfois difficilement appréciable.

Psaltoff signale comme bon signe, après une crise douloureuse, la présence dans le cul-de-sac antérieur d'une tumeur. Il signale également encore, pouvant aider au diagnostic, la sensation d'adhérences, d'empâtement, que l'on peut percevoir et qui résulteraient des adhérences que le kyste contracte pendant sa torsion.

Nous signalerons également les signes de Moults qui sont : « Un souffle systolique perçu à l'auscultation au niveau du pédicule et l'ondulation en masse de la tumeur, synchrone de la pulsation artérielle ». Ils n'ont pas été cherchés dans notre observation et beaucoup d'auteurs ne les ont point constatés.

Toutes les fois qu'il y a crise douloureuse abdominale, il faudra faire un examen du sang. Tuffier, en 1904; plus tard, Bastian, nous signalent que dans les kystes tordus et que dans tous les cas de torsion d'organes intra-abdominaux, il y a hyperleucocytose. Sans doute elle existe bien aussi parfois dans l'appendicite. Mais la présence ou le soupçon d'une tumeur et l'hyperleucocytose, suivant une crise douloureuse, doivent faire songer à la torsion d'organes intra-abdominaux; suivant le siège de la douleur et de la tumeur, on voit qu'ainsi on peut plus aisément arriver au diagnostic.

N'oublions pas de dire que malgré tous ces symptômes signalés, qui peuvent être accrus, suivant les cas, diminués d'autres fois, il peut arriver que parfois la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire, ne soit qu'une trouvaille d'opération.

La malade n'aura eu aucun symptôme, pas de crise douloureuse; le kyste peut être ignoré et se tordre sans douleur, en augmentant très légèrement de volume. D'autres fois, au contraire, le kyste était connu, la torsion s'est intégralement produite sans douleur, la malade a bien vu son

ventre augmenter de volume, mais comme la douleur était absente, elle ne s'alarmait pas.

Avec de pareilles variétés cliniques, avec des signes aussi variés, communs à plusieurs affections, il est aisé de comprendre que le diagnostic soit difficile. Mais avant d'aborder l'étude du diagnostic différentel et toutes les erreurs commises et possibles, nous signalerons ies complications et les accidents entraînés par la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS ET ACCIDENTS

Les kystes à pédicules tordus sont dangereux par eux-mêmes pour les malades qui en sont porteurs, par les phénomènes douloureux qu'ils provoquent, et par l'impotence qui, parfois, font de ces malades des infirmes; ils le sont encore plus par les complications et accidents qu'ils peuvent entraîner.

Nous signalerons comme complications premières, le péritonisme et la péritonite. Si la péritonite est moins fréquente aujourd'hui et si l'on peut y parer, jusque le péritonisme dans une certaine mesure et dans les cas de torsion, est fréquent; nous ne dirons pas que le péritonisme est la règle, puisque nous venons de voir que l'on a pu découvrir des kystes ovariques à pédicules tordus, qui n'avaient jamais engendré la moindre crise douloureuse. Ce péritonisme cède généralement à une médication appropriée. Nous pouvons avoir d'autres complications: nous pouvons avoir des ruptures du kyste, suivies ou non d'hémorragies et l'on comprend l'importance de cette complication, pour qu'on nous permette de ne pas y insister.

Tédenat a signalé les troubles trophiques provoqués

par la torsion et qui amènent la rupture du kyste. Son contenu peut être aseptique, mais il peut être aussi septique et déclancher une péritonite mortelle, sans compter le danger que peut toujours entraîner l'hémorragie qui se produit à ce moment-là.

Nous signalerons la gangrène, qui peut suivre la torsion du pédicule, faire par la suite rompre le pédicule et laisser libre le kyste ainsi tordu, en partie gangréné, dans la partie abdominale.

A côté de ces complications généralement suivies de péritonite, nous pouvons avoir des hémorragies simplement.

Daniel, qui a longuement étudié cette question, nous indique la possibilité, la forme et la localisation de ces diverses hémorragies. Ces hémorragies peuvent être, d'après lui, légères, bénignes, inaperçues, à répétitions et foudroyantes. Les hémorragies à répétition peuvent compromettre à la longue la vie de la malade en l'affaiblissant, en la débilitant, en la cachectisant. On voit donc que dans ces cas, il importerait de faire au plus tôt le diagnostic, afin de tenter une opération opportune.

Nous n'insisterons pas sur les hémorragies foudroyantes, qui peuvent emporter la malade en quelques minutes et qui commandent comme célérité d'intervention la célérité que l'on emploie pour les ruptures de grossesse tubaire, pour toutes les hémorragies internes.

Daniel nous signale encore que ces hémorragies légères peuvent se faire dans la paroi du kyste pariétal et par conséquent ainsi entraîner de nouvelle complications, septiques parfois, ou tout au moins pouvant s'accompagner de réactions fébriles. Ces hémorragies peuvent être intra-kystiques, augmenter le volume de la tumeur et produire alors des phénomènes de compression sur les nerfs avoisinants, sur les organes, les uretères en particulier; la

compression des uretères pouvant, à son tour, entraîner des complications urinaires.

Enfin les hémorragies peuvent être mixtes, c'est-à-dire kystiques et péritonéales à la fois. Cela n'en diminue pas moins leurs dangers, doit nous les faire craindre et conseiller notre traitement dès que le diagnostic de torsion pédiculaire pourra être posé.

Enfin à côté de ces complications signalées, à côté de ces ruptures, de ces hémorragies occasionnées par des torsions complètes ou incomplètes, viennent se placer les accident d'auto-intoxication, récemment indiqués par de Bovis et quelques auteurs allemands.

De Bovis nous a signalé avoir opéré une malade chez qui l'on croyait avoir diagnostiqué une occlusion intestinale; on trouva deux kystes de l'ovaire tordus, dont l'un était rompu; la malade succomba, mais succomba après l'opération par suite d'intoxication gastro-intestinale, caractérisée surtout par de la dilatation atonique de l'estomac. Il semblerait que les accidents que l'on trouve le plus souvent devraient être des accidents d'obstruction intestinale, et pourtant on retrouve des cas de mort, d'auto-intoxication, caractérisés seulement par de la dilatation atonique de l'estomac. Ainsi dans des cas de fibrome, de kystes tordus gangrénés et stériles, on a observé des phénomènes graves, toutes les fois qu'on a pu vérifier on a trouvé de la dilatation stomacale. C'est pourquoi on peut se croire en droit d'imputer ces accidents à de l'auto-intoxication, même lorsqu'ils sont bénins. Le cas de Strauss, dont les phénomènes constatés furent plus intenses que ceux de de Bovis vient encore confirmer cette thèse et lui donner une plus grande valeur, Ces deux cas furent confirmés par l'autopsie, car à côté de phénomènes graves, on ne trouva pas de péritonite, mais rien que de la dilatation de l'estomac.

La néphrite dans les deux cas de Brőse, certaines morts lentes ou rapides à la suite de torsion pédiculaire ne s'expliquent que par des phénomènes d'auto-intoxication. La malade de Stockes qui avec un kyste ovarique tordu avait de l'atrophie jaune aiguë du foie, tout cela ne s'explique que par des phénomènes d'auto-intoxication. Les fibromes qui sans cause bactérienne donnent des phénomènes graves, doivent relever de ce mécanisme d'auto-intoxication.

D'un autre côté le péritoine, qui est tant incriminé est aussi très tolérant, un péritoine infecté peut résorber ses toxines comme l'a montré Höhne par suite d'interventions appropriées.

Nous ne devons donc pas nier la gravité des phénomènes d'auto-intoxication produits par la torsion du pédicule des kystes ovariques et cela doit nous indiquer d'essayer autant que possible d'arriver à un diagnostic précis afin d'intervenir vite et avec chance de succès.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic dans la torsion du pédicule des kystes ovariques est important, il importerait même de le faire au plus tôt, car le diagnostic une fois posé et ferme il n'y a qu'une conduite, l'intervention précoce, rapide, et c'est elle quidonnera et assurera la guérison de la malade.

Deux grandes divisions sont à faire suivant que la malade ou son médecin connaissent l'existence du kyste, ou suivant que la malade ignore son kyste.

Si la malade ou son médecin connaissent l'existence du kyste, en présence d'une crise violente, telle que nous l'avons décrite, nous devrons penser à la torsion du pédicule; si la malade comme cela arrive vous indique que la tumeur n'est plus mobile, qu'elle a observé au début de la crise des changements dans la position de son kyste, nous ne devons plus hésiter, le diagnostic s'impose. Nous pourrons faire une analyse de sang, et si de plus nous constatons de l'hyperleucocytose, plus de doute nous nous trouvons en présence d'une torsion du pédicule, il faut intervenir et au plus vite. Etayons si nous voulons notre diag-

nostic sur un toucher vaginal et rectal, mais n'hésitons pas. A plus forte raison si nous sommes appelé auprès d'une femme qui nous dit avoir eu des crises antérieures et que nous savons être atteinte d'un kyste de l'ovaire, nous devons encore moins hésiter pour le diagnostic.

Mais si au contraire la malade et son médecin ignorent la présence du kyste le diagnostic sera beaucoup plus délicat et assez nombreuses sont les affections avec lesquelles on pourra confondre la torsion.

La plupart du temps c'est avec l'appendicite aiguë, avec la crise d'appendicite que l'on confondra la torsion du pédicule. C'est ce que nous a signalé Monod, Niot, de Quervain qui signalent des erreurs de diagnostic avec l'appendicite, pour 14 cas de torsion.

Ces deux affections en effet peuvent se confondre; la prédominance des kystes de l'ovaire à droite semble encore venir plaider l'erreur de diagnostic que l'on peut commettre. La malade en effet peut avoir eu dans ces cas des crises antérieures suivies de péritonisme ou même de réactions péritonéales violentes ayant nécessité le traitement approprié. Dans les deux cas la douleur siège dans le flanc droit. Il y a bien la douleur qui doit siéger au point de Mac Burney, mais l'appendice lui-même peut être anormalement situé et la douleur siège alors au voisinage du point de Mac Burney, enfin il peut y avoir comme cela a été vu des adhérences entre l'appendice et le kyste ovarique. Le diagnostic différentiel est donc difficile dans ce cas. On interrogera soigneusement la malade, on cherchera à savoir si avant la ou les crises il n'y avait pas de tumeurs abdominales, on fera un toucher vaginal et rectal très méticuleux, et si l'on constate une tumeur dans les culs-de-sac vaginaux, il faudra penser à la torsion du pédicule kystique et intervenir. Il faudra alors se rappeler ce que Psal-

toff a signalé : « La présence d'une tumeur dans les culs-de-sac, décélée par l'examen gynécologique après une crise violente est en faveur de la torsion pédiculaire ».

Si la tumeur est petite, douteuse, nous pourrons hésiter, mais alors comme le conseille de Quervain et alors seulement on opèrera en dehors de toute crise aiguë.

On a pu confondre encore la crise de la torsion pédiculaire, avec la rupture d'une grosseur tubaire. Les signes cliniques sont les mêmes, dans tous les deux il y a la douleur, dans les deux cas on peut avoir des hémorragies graves, foudroyantes, quelquefois aussi des hémorragies à répétition. Nous avons signalé le danger des hémorragies dans les kystes tordus, nous n'y reviendrons pas, toutefois le choc semblerait être plus intense dans les cas de rupture tubaire, l'interrogatoire de la patiente pourra nous éclairer si nous pouvons le pratiquer, l'examen sera peu efficace. Mais ce qu'il faut savoir et bien savoir c'est que dans les deux cas la conduite est la même, il faut intervenir rapidement, avec célérité, le salut de la malade est à ce seul prix. Il faudra donc intervenir, ne pas discuter les symptômes et, une fois le ventre ouvert suivant ce qu'on constate, agir.

Nous discuterons moins aussi la rupture du kyste ; dans ce dernier cas la tumeur que l'on avait pu constater avait diminué au lieu d'augmenter comme dans les cas de torsion, si la douleur est commune, d'autres symptômes les différencient. D'ailleurs encore dans ce cas la conduite est la même il faut intervenir, nettoyer la cavité péritonéale et faire l'ovariotomie, tout comme dans les cas de torsion.

On pourra aussi confondre encore, la torsion du pédicule avec l'hématocèle rétro-utérine, les commémoratifs, le toucher qui donne des sensations un peu différentes, l'hémor-

ragie interne et ses symptômes qui accompagnent toute hématocèle plaideront en faveur du diagnostic.

L'erreur que l'on peut commettre est aussi celle de la colique hépatique, néphrétique. Chez la malade dont nous rapportons l'observation on avait au début pensé à une colique hépatique, mais l'examen gynécologique, la présence d'une tumeur dans le cul-de-sac, l'apparition d'une voussure dans la fosse iliaque avaient fait éloigner cette hypothèse. On devra donc toujours, lorsqu'il y aura une tumeur perceptible par le toucher ou le palper éloigner l'idée de coliques hépatiques, néphrétiques.

De même lorsqu'on soupçonne l'occlusion intestinale qui, elle, peut être produite par la torsion du pédicule, comme dans le cas de Machard, si on constate une tumeur on pourra rejeter le diagnostic primitif d'occlusion, on ne devra y penser que comme conséquence de la torsion du pédicule soit conséquence directe mécanique, soit comme conséquence d'ordre toxique. Nous avons vu en effet que les crises s'accompagnaient parfois de constipation opiniâtre ou de phénomènes d'auto-intoxication produisant une paralysie de l'intestin.

Nous ne discuterons pas le diagnostic de torsion de fibrome ou de kyste, ce diagnostic différentiel est impossible, la ligne de conduite à tenir étant la même, la laparotomie qui seule peut trancher la difficulté, ne saurait être inopportune, et sera au contraire bienfaitrice.

Nous pouvons discuter avec Cathelin la possibilité de la torsion des hydrosalpinx. Les symptômes en sont les mêmes, seul l'examen gynécologique amènerait à des conclusions différentes. La tumeur serait dans ce cas là plus abdominale, et serait mieux perceptible par le palper abdominal que par le palper bi-manuel. Enfin dans ces cas-là il y aurait parfois des métrorragies, or nous avons également

constaté des métrorragies dans les torsions des kystes, et en particulier dans le cas que nous rapportons. D'ailleurs ce diagnostic comme l'avoue Cathelin est difficile, et rarement exact, on peut y penser, mais comme la conduite à tenir est la même, il ne faudra point perdre du temps à errer et à discuter les symptômes et ce que nous aura révélé l'examen de la patiente.

Enfin il nous faut discuter un diagnostic plus sérieux, on pourrait confondre un kyste à pédicule tordu avec un pyosalpinx haut situé. C'était le diagnostic porté avant l'opération pour la malade de notre observation par notre maître M. de Rouville. Cette erreur s'explique encore mieux quand on saura que tout récemment notre maître avait opéré des malades atteintes de pyosalpinx haut et dont la symptomatologie clinique se rapprochait de celle choisie dans les crises de kyste à pédicule tordu.

Dans les deux observations publiées par notre maître les malades avaient présenté de la douleur au début, une crise douloureuse qui les avait obligées à garder le lit et à cesser toute occupation. Le ventre était resté douloureux, augmenté de volume, voussuré comme dans le cas de la malade dont nous rapportons le cas.

Pour l'une cependant il y avait des oscillations fébriles qui indiquaient un processus de suppuration, et il y avait eu par la suite un écoulement de pus par le vagin. On pouvait donc croire chez notre malade qu'on avait un pyosalpinx haut situé dans la fosse iliaque droit. Il résulte de cela que c'est une erreur de diagnostic que l'on peut commettre, que c'est un diagnostic que l'on devra discuter.

Pourtant il semblerait que dans les cas de torsion pédiculaire, la crise est généralement plus douloureuse, plus dramatique et effrayera beaucoup plus l'entourage de la malade. La tumeur est dans ce cas aussi plus basse que

dans les cas de pyosalpinx. Toutefois les phénomènes douloureux, l'état général de la malade qui dans l'un et l'autre cas deviennent mauvais ou risquent de le devenir en donnant lieu à des accidents toujours à redouter, indiquent nettement l'intervention précoce immédiate et le résultat est alors bienfaisant.

Au cours du *post partum* un kyste de l'ovaire qui devient le siège d'accidents peut être confondu avec les accidents d'infection puerpérale, il faudra alors faire dans ces cas-là un toucher méthodique mais avec précaution. Et si l'on n'arrive à rien de précis, s'il subsiste un doute sur la nature et le siège des accidents, il ne faudra pas craindre de faire une laparotomie.

En somme, le diagnostic de torsion pédiculaire dans le cas d'ignorance du kyste est malaisé, difficile, en présence d'une crise douloureuse dramatique, si cela est possible, faisons un examen du sang. S'il y a hyperleucocytose, cela nous indiquera s'il y a torsion d'organes intra-abdominaux ou appendicite possible. Un toucher gynécologique nous permettra alors de cantonner notre diagnostic; et s'il est encore hésitant, si nous ne pouvons caractériser très nettement d'un nom les accidents que nous constatons, ne craignons pas une intervention précoce, hâtive qui nous donnera beaucoup plus de succès que de mécomptes.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC

Le pronostic de la torsion du pédicule des kystes ovariques, est surtout lié aux complications possibles que nous avons énumérées, complications dont quelques-unes semblent redoutables et peuvent être évitées par un diagnostic précoce.

Lorsque la crise douloureuse, subite, survient, l'entourage de la malade, la malade elle-même s'effrayent vite; pourtant en général la crise elle-même à part de rares exceptions n'est pas mortelle. Mais la crise doit tenir en éveil l'esprit et la sagacité du clinicien, et il doit intervenir au plutôt, avant que la péritonite soit déclarée.

Il existe comme nous l'avons indiqué après tant d'autres presque toujours du péritonisme, mais à ce moment-là on peut opérer avec chance de succès. On ne doit pas attendre qu'il se soit déclaré des accidents graves d'auto-intoxications, accidents, comme nous l'avons vu, à redouter et que l'on aurait pu constater plus souvent si l'on pouvait autopsier les malades qui succombent.

L'intervention chirurgicale précoce avec les ressources dont on dispose, avec les techniques que l'on connaît au-

jourd'hui est presque anodine, nous ne dirons point comme certains qu'elle est sans danger. Cela non, car si nous pouvons éviter la péritonite, qui enlevait tant d'opérés autrefois, grâce à une asepsie et une antisepsie méthodique et rigoureuse nous devons penser à l'embolie. L'embolie qui est la cause de trop de décès encore au moment où l'on croit encore que la malade est tout à fait sauvée. L'embolie post-opératoire, surtout dans des cas de pédicule tordu avec varices dans les veines du pédicule, embolie contre laquelle nous ne pouvons rien.

Toutefois cela ne doit pas nous arrêter car la mortalité est relativement faible et le taux de 5 à 6 0/0 à l'heure actuelle peut encore baisser par des interventions précoces. Les interventions précoces ont encore l'avantage de parer au danger toujours possible de l'hémorragie dans les torsions du pédicule, causes de mort parfois.

Nous conseillerons donc l'intervention précoce en cas de diagnostic confirmé si avant la crise le kyste était connu. Si le kyste était inconnu avant la crise, si après nous sentons une tumeur tendue ou un cordon tendu dans les culs-de-sac vaginaux, nous conseillerons l'intervention rapide. Si nous avons des doutes encore malgré les méthodes de diagnostic que nous avons proposées, nous pourrons attendre en surveillant la malade, mais après une seconde crise, si le pouls se précipite, si la malade elle-même tend à faiblir, à devenir pâle, cachectique, nous interviendrons le plus rapidement possible, avec toutes les chances de succès que l'on est en droit d'attendre des méthodes actuelles.

L'opération qui fut conseillée dans l'observation que nous rapportons et pratiquée méthodiquement telle que nous l'expliquons dans le traitement, donna les meilleurs résultats, la malade, revue deux mois après, se portait très bien et se trouvait elle-même très satisfaite de son intervention.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Quel sera le traitement dans les torsions de pédicules de kystes ovariques?

Le traitement est simple, unique, c'est l'intervention chirurgicale précoce et rapide.

Si la réaction péritonéale est violente, trop rapide, on pourrait la calmer par les moyens habituels, toutefois ne pas trop attendre vaut mieux, car ici dans les cas de torsion la péritonite se déclarera plus aisément que dans les cas d'appendicite ou de pyosalpinx haut situés, et mieux vaut encore opérer de suite en pleine crise presque.

L'opération sera la laparotomie, incision médiane, ombilico-pubienne, on repère l'utérus et les annexes, ponction du kyste s'il est très volumineux, destruction des adhérences; si l'épiploon est adhérent on en résèque une partie, on lie le pédicule de la tumeur en tissu sain, et on enlève tous les tissus sphacélés ou mortifiés. Si l'utérus lui-même a été entraîné dans le pédicule comme dans le cas de Grourdev, si le pédicule en se tordant a mortifié l'utérus, il faut pratiquer sans hésitation l'hystérectomie subtotale.

On lavera le péritoine à l'éther comme nous l'avons vu

pratiquer avec tant de succès par notre maître M. le professeur de Rouville, ce lavage se fera *larga manu* et à partir de ce moment l'on pourra ne plus donner d'anesthésique et on reconstituera plan par plan la paroi abdominale.

Avec presque tous les auteurs, nous conseillerons de drainer au moins durant 48 heures afin de prévenir l'infection possible ou une hémorragie. L'intervention pratiquée ainsi est le meilleur traitement et celui susceptible de donner, comme nous l'avons pronostiqué les meilleurs résultats.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de M. le professeur de Rouville)

D. L...., 39 ans, entre dans le service de M. le professeur de Rouville le 10 février pour tumeurs abdominales et douleurs.

Antécédents : réglée à 14 ans normalement, toujours réglée régulièrement, pendant cinq jours, règles moyennement abondantes, non douloureuses. Jamais malade.

Trois accouchements : le premier il y a dix ans, au forceps : enfant vivant et bien portant ; le deuxième, il y a trois ans ; le troisième il y a dix-neuf mois, a subi une version par manœuvres externes à quatre mois, mais l'accouchement à lieu à terme avec hydramnios d'un enfant vivant et bien portant. Après cet accouchement le ventre est ballonné et la malade reste alitée quatorze jours. Depuis, elle souffre du ventre et reste cinq mois sans voir ses règles.

Maladie actuelle. Evolution. — La patiente souffre depuis son accouchement. A son retour de couches (cinq mois après son accouchement), elle a une crise douloureuse abdominale, très intense dans la fosse iliaque droite, s'irradiant dans les lombes ; la malade compare cette douleur à une tumeur, cette douleur reste la même pendant 2 heures. Le ventre est ballonné et on croit à une colique hépatique. Les crises douloureuses se renouvellent deux ou trois

fois dans la suite, mais moins intenses que dans la première crise.

Depuis le 1er janvier 1914, la patiente souffre continuellement, la douleur est toujours la même. Le ventre augmente peu à peu de volume. Il y a quatre mois elle a eu une grosse hémorragie utérine, alors que ses règles s'étaient montrées normales. Cette hémorragie survient deux ou trois jours après la disparition des règles et dure tout le mois de novembre. Au mois de décembre les règles sont normales, mais accompagnées de quelques pertes blanches.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital, la malade présente un mauvais état général, le facies est pâle et terreux; elle présente de l'asthénie, de l'anorexie. La température est de 37°2; le pouls est à 100 pulsations.

Examen. — Le ventre est flasque, irrégulier, avec une voussure correspondant à la fosse iliaque droite.

A la palpation le ventre est mou, on sent une tumeur de la fosse iliaque droite remontant à l'ombilic, s'effaçant vers le côté droit, de consistance molle, peu douloureuse, sauf vers la partie externe où se trouve une zone de sensibilité exquise.

Au toucher le col est normal, l'utérus est difficile à trouver. On sent une masse correspondant à la tumeur placée assez haut dans le pelvis, perceptible lorsqu'on refoule fortement le cul-de-sac latéral droit. Elle est douloureuse, paraît fluctuante, mais le cul-de-sac est empâté.

Le cul-de-sac gauche est libre. Le Douglas légèrement empâté. On ordonne comme traitement le repos, des compresses humides, des lavements chauds.

On pratique un nouvel examen le 2 mars 1914. La malade ne souffre plus, la tumeur du côté droit semble augmentée de volume, surtout vers la partie externe, et mieux perceptible. On la sent de la grosseur d'une tête fœtale,

occupant la fosse iliaque droite et le flanc droit. Son grand axe est obliquement dirigé de haut en bas et de dehors en dedans. Son pôle supérieur arrive jusqu'à la partie externe de la région lombaire. La partie externe renflée correspond à la fosse iliaque droite, son pôle inférieur aminci est nettement perceptible par le toucher vaginal dans le cul-de-sac latéral droit et légèrement dans le cul-de-sac antérieur. Le Douglas est libre, ainsi que le cul-de-sac latéral gauche. On décide l'intervention immédiate, qu'on pratique le lendemain matin 3 mars 1914.

Intervention. — L'intervention a lieu sous anesthésie générale par de l'éther que l'on donne goute à goutte, après injection préalable de 1 centimètre cube de pantopon, un quart d'heure avant le début de l'opération. On pratique une incision médiane ombilico-pubienne et on se trouve en présence d'un épiploon très enflammé et adhérent à une grosse masse occupant le côté droit de la cavité abdominale, cachée à première vue par l'intestin adhérent. On saisit l'utérus, absolument libre et normal, les annexes gauches sont de même. On commence à libérer le grand épiploon adhérent et vu son état inflammatoire on juge bon d'en réséquer une bonne partie. On libère ensuite la tumeur assez facilement et on s'aperçoit qu'elle est libre vers la partie supérieure, mais retenue par un pédicule aux annexes droites. C'est un kyste de l'ovaire droit à pédicule tordu (deux tours de spire à peu près). On pratique la ligature et la section du pédicule. L'hémostase est assez difficile à obtenir sur les parois de la poche laissée par l'évacuation de la tumeur. On pratique la ligature classique de l'utérine droite pour plus de sécurité. Lavage *larga manu* du péritoine à l'éther. On met un drain dans la poche à la place de la tumeur, en vue d'une hémorragie, on passe le drain à travers la paroi abdominale, dans la

fosse iliaque droite et l'on fait une suture à trois plans de la paroi abdominale.

Examen de la pièce. — On trouve un kyste à parois épaisses, brunâtres, de la grosseur d'une tête fœtale, le pédicule en est tordu et le contenu hématique.

Suites opératoires. — Le soir de l'opération, le pouls est à 100 pulsations. La température de 36°4. L'état général est bon. Quelques vomissements.

Le lendemain matin : pouls, 96 ; température, 37°1.

Le 9 mars : Ablation des agrafes. Etat du ventre, excellent, réunion par première intention. Etat général bon.

On a revu la malade en avril. Son état général est bon. Elle va tout à fait bien et ne souffre plus.

CONCLUSIONS

La torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire n'est pas si rare qu'on aurait tendance à le croire.

L'étiologie en est variable et inconnue parfois. La pathogénie est encore obscure, la grossesse, au moins dans certains cas, semblerait y prédisposer, mais nous ne pouvons rien affirmer de précis et elle n'est pas la seule à mettre en ligne de compte.

La symptomatologie est diffuse; cependant, sauf de rares exemples, il y a toujours au début une crise violente, aiguë, très douloureuse. Cette crise peut se reproduire avec plus ou moins d'intensité et les crises se rapprocher et se succéder sans rapport direct avec l'évolution de la torsion du pédicule.

Les complications et accidents sont graves et à redouter.

Le diagnostic est difficile, méticuleux; mais, chez une femme, en présence de crises douloureuses, subites, il faut toujours penser à la possibilité d'une torsion du pédicule de kyste ovarique, même si cette femme est vierge, nullipare, sans aucun passé génital.

Le pronostic est bénin si, dès le diagnostic posé ou soupçonné, on intervient rapidement, méthodiquement. Ne pas hésiter et recourir à l'intervention précoce.

Le traitement unique, laparotomie médiane avec ovariotomie et hystérectomie, si cela est reconnu utile.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Aubry. — Thèse de Paris, 1900.

Baron. — Thèse de Paris, 1897-1898.

Bastian (J.). — De la torsion du pédicule dans les tumeurs solides de l'ovaire. Rev. méd. de la Suisse romande, 1908.

Bénard. — Thèse de Paris, 1898.

Besson. — Journ. des scien. médic. de Lille, 11 juill. 1903.

Boursier. — De quelques formes cliniques de la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. VI[e] Congrès français de chirurgie, 1892, p. 316.

Bovis (De). — Accidents d'auto-intoxication consécutifs à la gangrène des tumeurs ovariennes par torsion du pédicule. Semaine Médicale, juin 1912, p. 301.

Brose. — Démonstration von Einem Ovarialtumur. Zeitsch. f. Geburtsh. u. Gynakol., 1905, L-IV, 1.

— De la toxicité du sang épanché dans la cavité péritonéale. Sem. médic., p. 54, 1912.

Cathelin. — De la torsion des hydrosalpinx. Revue de chirurgie, 1901, p. 253 et 406.

Chalot. — Kyste de l'ovaire transplanté, accidents du nouveau pédicule .Ann. de Gynécol., 1887, t. XXVII, p. 161.

Charpentier. — Accouchements, t. II, p. 299.

Coignerai. — Contribution à l'étude de la torsion du pédicule des tumeurs de l'ovaire. Thèse de Paris, 1902.

Daniel. — Les hémorragies des kystes tordus de l'ovaire. Rev. de chirurgie 1905, p. 479.

Estor. — Revue générale; De la torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. Nouveau Montpellier Médical, 1904, t. II, p. 593-628.

— Nouv. Montp. Médical, 1905, t. I, p. 5-36.

Faure (J.-L.) et Siredey (A.). — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

Finaz. — Thèse de Lyon, 1898.

Freund. — Der gewöhnliche und ungewöhnliche wanderungsmechanismus wachsender eierstocksgeschwülse. Volkmam's Sanunburg Klin. Vortrage u. 361, 362.

Gangolphe. — Bull. de la Soc. de chir. de Lyon, 1897-98.

Garni. — Deux cas de torsion bilatérales de pédicules de kystes ovariques. Rev. médic. de la Suisse romande, sept. 1913, p. 703.

Grourdev. — Wratch Gazetta, 1903, n° 17, p. 395.

Höhne. — Résorption des toxines en provenance de la cavité péritonéale et de la nervure intrapéritonéale. Sem. Médic., 1912, p. 302.

Jolly. — Sur le mécanisme de la torsion du pédicule dans les tumeurs ovariennes. Zeitsrch. K. Gebu. u. Gyn., 1907, 87.

Kisseloff. — Thèse de Paris, 1897.

Lawson-Tait. — Traité des maladies des ovaires, 1879.

Lerivrain. — Thèse de Paris, 1903.

Machard. — Kyste dermoïde de l'ovaire droit chez une jeune fille de 14 ans; torsion du pédicule; occlusion intestinale; extirpation. Rev. médic. de la Suisse romande, 1901, octobre.

Monod. — Double kyste de l'ovaire à pédicule plusieurs fois tordu rappelant l'appendicite. Journ. de méd. de Bordeaux, 17 fév. 1901.

Moults. — Thèse de Paris, 1890. De la torsion des kystes de l'ovaire.

Mouthon. — Thèse de Paris, 1896-1897.

Niot. — Torsion du pédicule des kystes dermoïdes de l'ovaire droit; diagnostic avec l'appendicite. Thèse de Paris, 1901.

Olshaunen. — Handb der Frauenkrankh de Billroth, 1877.

Pannot et Vanverts. — Echo médic. du Nord, 1912.

Parcivin-Gloris. — Quelques nouveaux cas de torsion du pédicule dans les kystes de l'ovaire. Th. de Bâle, 1900.

Pozzi (S.). — Traité de gynécologie clinique et opératoire, 4e édition, t. II, p. 957, 964 et 1010.

Psaltoff (de Smyrne). — Congrès de Budapesth, 1909. Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire; torsion et grossesse.

Puech. — Nouveau Montpellier Médical, 1904, t. I, p. 131.

Puech et Vanverts. — Tumeurs de l'ovaire et grossesse. Ann. de Gynéc. et d'Obstétrique 1913, p. 222.

Quervain (F. de). — Des erreurs de diagnostic dans l'appendicite. Rev. méd. de la Suisse romande, juillet 1913, p. 520.

Rokitansky. — Ueber die Strangulation von ovarial tumoren durch achsendrehung. Zeitsch. der K. U. Geselbsch. der Aerzte, Vienne, 1865.

Rouville (De). — Deux cas de pyosalpinx iliaques des salpingites hautes et en particulier des sigmoïdes-annexites. Montpellier Médical, 1913, t. II.

Siridey (A.) et J.-L. Fahre. — Traité de gynécologie médico-chirurgicale.

Spencer Vells. — Traité des maladies des ovaires, 1873.

Stocher (S.). — Ein Fall. von acuter gelber leberatrophie nach stieltorsion einer ovarialcyste. Leutr. Bl. f. Gynâkol., 1895, nov.

Strauss (S.). — Beitrag zur stieltorsion bei Eierstocksgeschwülsten. Tod durch. autointoxication und paralytischen Ileus mit stieltorsion. Prag. méd. Wochench., 21 et 28 sept. 1911.

Tedenat. — Rupture des kystes de l'ovaire. Ann. de Gynécol., nov. 1913.

Terrillon (O.). — De la torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. Rev. de chirurg., 1887, p. 245.

Thornton (J. Knowsley). — Rotation of ovarian tumours its etiology. pathology. diagnosis and treatment. Amer. Journal of med. Sciences, oct. 1888, p. 357.

Tuffier. — Rapport sur la valeur séméiologique de l'examen du sang en chirurgie. XVII[e] Congrès de chirurgie, p. 80, 1904.

Vanverts et Pounot. — Echo médic. du Nord, 1912.

Vanverts et Puech. — Tumeurs de l'ovaire et grossesse. Ann. de gynécol. et d'obstétrique, 1913, p. 222.

Voituriez. — Journ. des sciences méd. de Lille, 11 juillet 1903.

Williams. — West London méd. Journ, Juillet 1897.

Wilson (Thomas). — Soc. obst. de Londres, 5 mai 1897, et Brit, méd. Journal, 15 mai 1897.

Vu et permis d'imprimer,
Montpellier, le 23 juin 1914,
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 23 juin 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !